

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Henri BEHAR

né le 27 juillet 1914 à ROUSTCHOUK (Bulgarie)

*Contribution à l'étude
de l'ostéochondrite disséquante
de la hanche chez l'adulte*

Président : M. CUNÉO, Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Henri BEHAR

né le 27 juillet 1914 à ROUSTCHOUK (Bulgarie)

*Contribution à l'étude
de l'ostéochondrite disséquante
de la hanche chez l'adulte*

Président : M. CUNÉO , Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ...	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	

Professeurs sans chaire

HAZARD
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE
VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Para itologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.	MM.
ALAJOUANINE .	BASSET
AUBERTIN	BROcq
BRULE	CADENAT Clinique chirurgicale.
CHABROL	GATELLIER ...
DONZELOT Clinique médicale.	MOURE
DUVOIR	QUENU
LIAN	VELTER
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT	
SEZARY	

MM.
ECALLE
METZGER

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
Education physique.
LEROUX-LEBARD
Radiologie clinique.
RUPPE
Stomatologie.
WEIL-HALLE
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*En témoignage de mon profond amour
et de ma reconnaissance infinie pour leur
grande bonté et leur dévouement de tous
les instants.*

*Ils m'ont toujours montré le chemin du
devoir et entouré de la plus tendre affec-
tion.*

*C'est à eux que je dois toute ma forma-
tion, c'est à eux que je dédie cet ouvrage.*

A MA FEMME

*Mon meilleur ami, avec tout mon amour
et ma plus tendre affection.*

A MES FRERES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BELLES-SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage et profonde reconnaissance
pour le très grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A MES COUSINS
ADELINA ET MARIO PEREZ-PISANTY

*Qu'ils trouvent ici le faible témoignage
de mon respectueux attachement et de ma
profonde reconnaissance pour tout ce que
je leur dois.*

INTRODUCTION

Longtemps l'ostéochondrite disséquante de la hanche a été confondue avec une affection différente dénommée « maladie de Calvé, Legg, Perthes ».

La rareté de cette maladie, la difficulté de la déceler sans l'appui de la radiographie peuvent expliquer pourquoi la confusion a régné parmi les orthopédistes sur la symptomatologie et l'évolution de cette affection.

Dire qu'aujourd'hui tous les points sont éclaircis, c'est s'éloigner de la vérité, l'étiologie reste encore aujourd'hui un chapitre entièrement à étudier.

En 1888, Kœnig donne une description d'une maladie localisée au niveau du genou et caractérisée par la formation d'un sequestre.

D'autres auteurs ont remarqué la présence d'une lésion semblable au niveau du coude et plus rarement dans la région de la tête fémorale.

Cette localisation a fait que certains auteurs (M. P. Moulonguet) préconisent de substituer au nom d'ostéochondrite disséquante de la hanche, celui de maladie de Koenig de la tête fémorale. Nous pensons que sans être trop exclusif, on peut employer les deux termes pour désigner une même maladie.

En France, l'attention sur l'ostéochondrite disséquante fut attirée après la communication de M. P. Moulonguet en 1932, à la Société de Chirurgie. C'est à partir de cette époque qu'on peut dire que différents travaux ont été publiés, chacun cherchant à préciser différents points.

Nous avons cherché dans différentes publications et nous avons trouvé seize observations en tout, dont six en France : deux de Moulonguet, deux de Lenormant, une de Mouchet et une de R. Sauvage, Bosch et David et dix à l'étranger : une de Bergmann, trois de Francillon, une de Galdau, une de Gold, une de Haenisch, deux de Lange et une de Ottolenghi.

Nous cherchons dans notre thèse à voir cette rare affection sous différents angles, telle qu'elle se présente à l'état actuel.

Nous ne prétendons pas faire une œuvre complète et nos conclusions ne sauraient être définitives.

DEFINITION

L'ostéochondrite disséquante de la hanche est une affection caractérisée par la formation d'un séquestre aseptique superficiel aux dépens de la surface articulaire de la tête fémorale à son pôle supérieur, près de la fossette du ligament rond.

Malgré qu'elle soit caractérisée par le détachement, le séquestre reste en place et ne subit aucune migration intra-articulaire, telle qu'on voit au niveau du coude ou du genou.

Quant au siège d'élection des séquestres, la desquamation cartilagineuse se fait au pôle supérieur de la tête fémorale.

Nous devons noter pourtant un cas où on la note prépondérante vers la partie interne et inférieure, ou même localisée à la zone interne (Obs. de Bergmann).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Albert Mouchet, *Presse Médicale*, 21 sept. 1935.)

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui s'est présenté dans le service de M. A. Mouchet, parce qu'il souffre de la hanche droite et parce qu'il boite de plus en plus en marchant.

Il a heureusement une profession assez sédentaire et peu pénible qui, surtout, ne l'oblige pas à des marches prolongées. Il y a plus d'un an qu'il souffre de la hanche droite; il avait 47 ans, il ne s'était jusqu'alors plaint d'aucune articulation. Il ne possède pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels.

En dehors de la rougeole et de la varicelle qu'il a eues dans l'enfance, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Il affirme n'avoir pas été atteint de la syphilis et il ne présente aucun stigmate. Il a eu seulement, il y a 25 ans, un écoulement uréthral qu'il

a assez mal soigné, mais qui ne lui a laissé, affirme-t-il, aucun reliquat.

Il y a là, cependant, une notion à retenir.

C'est un homme bien musclé. Il ne peut pas préciser de façon absolue l'évolution de son affection. Il dit seulement que les douleurs ressenties par lui, d'abord assez vagues, étaient marquées à la fin de la journée à la suite de fatigue et le matin au réveil, mais jusqu'alors elles disparaissaient par la marche.

Pendant plusieurs mois, la marche fut normale, mais par la suite, le malade se mit à boiter.

Les douleurs ne restèrent pas localisées à la hanche, elles irradièrent au genou, à tel point qu'il se demandait si le genou n'était pas atteint autant et même plus que la hanche.

Actuellement douleurs et boiterie vont en augmentant et le malade, que les diverses médications antirhumatismales de son médecin n'ont pas suffisamment amélioré, vient demander un diagnostic précis.

La hanche droite est en adduction, ce qui fait paraître le grand trochanter plus saillant.

La marche s'accompagne de boiterie, boiterie causée par une hanche enraidie. Les muscles de la fesse droite sont assez atrophiés, ceux de la cuisse droite aussi.

Les mouvements de la hanche droite sont limités : la flexion de la cuisse est à peu près normale, l'adduction est presque nulle, ainsi que la rotation en dehors. La rotation en dedans et la circumduction sont très limitées. L'examen du genou droit montre une liberté absolue des mouvements; pas de liquide dans l'arti-

culation, pas d'épaississement de la synoviale, pas de mobilité anormale.

La palpation de la tête fémorale réveille une douleur nette à sa partie supérieure; on ne sent aucun épaississement osseux ou périosteux.

L'examen de la hanche gauche, dont le malade ne se plaint pas, révèle une notable limitation de l'adduction, une légère limitation de la rotation en dehors de la circumduction. On ne peut pas dire que cette hanche ait une mobilité normale, et nous avons le droit de supposer qu'elle présente à un degré atténué les lésions dont la hanche droite est atteinte.

Quelles sont ces lésions?

M. A. Moulonguet, sans attendre le résultat de la radiographie, pensa qu'il était en présence d'une arthrite sèche de la hanche et peut-être tout simplement d'un banal *morbus coxae senilis*, car cette variété d'arthrite n'est pas, malgré son nom, l'apanage de la vieillesse, elle débute souvent avant 50 ans et le malade de M. Mouchet avait 48 ans. La bilatéralité de l'arthrite était un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

La radiographie des deux hanches devait donner la clé du diagnostic, ainsi que cela arrive si souvent, et si elle a montré l'intégrité du squelette de la hanche gauche, elle a révélé une image bien typique d'ostéochondrite disséquante de la hanche droite.

Au pôle supérieur de la tête fémorale, on voit une large lame osseuse, séparée du reste de l'os par un sillon demi-circulaire.

On dirait que cette lame, dont la structure est

moins dense que le reste de l'os, s'est effondrée dans une niche sous-jacente.

A cause de l'affaissement de son pôle supérieur, la tête fémorale tout entière est légèrement remontée dans la cavité cotyloïde. Dans sa partie inférieure et aussi dans la partie sous-jacente au toit, cette cavité est nettement décalcifiée. Une pareille image radiographique ne peut donner aucune hésitation : elle doit être interprétée comme un exemple d'ostéochondrite disséquante de la hanche.

OBSERVATION II

(P. Moulonguet, *Bull. et Mem. Soc. Nat. Chir.*, n° 31, 1932.)

M. P..., âgé de 27 ans, cultivateur, m'est adressé par le Docteur Delavenne, de Saint-Gobain. Il souffre du genou gauche depuis six ans et a subi pour cela divers traitements infructueux.

Delavenne fait radiographier la hanche et découvre la lésion; elle est en effet tout à fait typique.

La symptomatologie est uniquement douloureuse, mais les douleurs sont très vives, elles ont entraîné une altération de l'état général. Le matin, le jeune homme se sent comme rouillé; il peine pour travailler tout le jour et le soir il souffre davantage.

Les douleurs entraînent une légère boiterie, mais il n'y a aucune ankylose de la hanche, et à l'examen on ne décèle qu'une légère limitation de l'hyperextension.

La hanche droite est normale à la radio. A l'opération (mai 1931), on trouve un gros fragment ostéocartilagineux encore réuni à la tête par le cartilage intact. Une fois ce fragment enlevé, il reste une tête très déformée à laquelle manque son tiers supérieur.

Les suites sont d'abord excellentes. Le malade se lève au bout de trois semaines, puis les progrès se ralentissent malgré les massages et les séances de mobilisation dirigées par M. Brambatte; la flexion surtout est très limitée.

En septembre, on mobilise la hanche sans anesthésie. Actuellement, après sept mois, le résultat est satisfaisant : l'opéré vient de faire les semailles d'automne lui-même. Dès à présent, il ne souffre plus.

OBSERVATION III

(M. Lange, Zeitsch. f. Orth. Chir. 28 mars 1929.)

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui ressent depuis trois mois des douleurs au niveau de la hanche droite, d'intensité croissante. Elles apparaissent après une demi-heure de marche et dans la position debout, pour disparaître dans la position couchée.

Il n'existe pas de douleurs de la hanche gauche.

Ce malade raconte une histoire de traumatisme : chute d'une lourde caisse sur la cuisse droite.

En novembre 1925, on est en présence d'un jeune homme bien constitué; il présente de légers signes de rachitisme. A l'examen, on trouve les deux hanches atteintes. Les têtes fémorales sont en place, ainsi que

les deux trochanters dont les repères anatomiques sont normaux.

La jambe droite est atrophiée. Les mouvements passifs sont possibles, plus faciles à droite qu'à gauche. L'adduction se fait à 150° à droite et 140° à gauche. La flexion et l'adduction sont libres des deux côtés. La rotation externe est de 50° des deux côtés.

La radiographie montre :

1° Du côté gauche, la présence d'un foyer sous-chondral un niveau du cadran latéro-supérieur de la tête fémorale.

2° Du côté droit, au même niveau, on distingue un foyer plus important. Des deux côtés les zones claires qui délimitent les corps étrangers, sont entourées de zones de tissu osseux plus dense et plus sombre. Les interlignes articulaires ne sont pas modifiés. Des radiographies d'autres régions du squelette montrent des lésions osseuses en particulier au niveau des surfaces articulaires des vertèbres lombaires, au niveau de la tête articulaire de la 12^e côte et aux genoux. Le malade refuse toute intervention parce qu'on n'avait pas voulu reconnaître l'origine traumatique de son affection.

OBSERVATION IV

(J. Valls, y C. Ottolenghi, Revista de Orthop. y traumat. Abril 1933.)

C. B..., âgé de 24 ans, agriculteur, est entré dans le service d'orthopédie et traumatologie de l'hôpital italien de Buenos-Aires le 3 octobre 1932.

Ant. héréd. — *Père en vie, 52 ans, mère également, 45 ans. Sept frères tous vivants.*

Ant. pers. — *Né à terme, allaitement maternel, pas de blennorragie ni syphilis; aucune autre maladie, sauf celle d'aujourd'hui.*

L'affection que présente le malade a débuté il y a cinq ou six ans avec des douleurs au niveau de la hanche droite, douleurs localisées, non irradiées, douleurs intermittentes qui apparaissent surtout après un travail pénible, disparaissant par le repos.

Une légère claudication au cours de la marche est à noter. Cette symptomatologie, avec peu de variation, a persisté pendant cinq ans.

Il a observé qu'après une promenade à cheval, au moment de descendre, il a une sensation de crampe au niveau de la hanche droite, pouvant dans ce cas marcher plus facilement, en portant l'extrémité inférieure en adduction et légère rotation externe.

Depuis le début de la maladie, il n'a pas eu de fièvre, sauf dans certaines occasions : quelques gripes. Il va consulter son médecin qui le conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'examen. — *Membre inférieur droit : il est en extension présentant une légère atrophie musculaire.*

Palpation. — *Le tonus musculaire est conservé du côté gauche un peu diminué à droite.*

Les masses musculaires sont indolores. La palpation de la tête fémorale au niveau du triangle de Scarpa est un peu douloureuse.

Il n'y a pas d'autres points douloureux.

À la hanche gauche, les mouvements passifs sont

conservés, à la hanche droite les mouvements passifs présentent une légère limitation de la flexion, adduction et rotation interne.

Les mouvements actifs sont conservés du côté gauche et limités dans la même forme que les passifs du côté droit.

Membre inférieur droit : Longueur totale....	89 cm.
Circonférence de la cuisse.....	48 cm.
Circonférence de la jambe.....	33 cm.
Membre inférieur gauche : -Circonférence de	
la cuisse.....	50 cm.
Circonférence de la jambe.....	33 cm.

Position du pied et la marche : possible sans appui et indolore.

La marche est quasi normale avec une légère claudication du membre inférieur droit.

Radiographie. — Dans la partie supérieure de la tête fémorale, on note une zone opaque séparée du reste de la tête par un cercle net. C'est une image typique d'ostéochondrite disséquante.

Bordet-Wassermann négatif.

Opération : 28 octobre 1932.

Incision Smith-Petersen.

On tombe sur la capsule qui est incisée, découvrant en partie la tête du fémur. On fait subir à la tête une rotation, sans trouver la zone ostéochondritique, on ouvre alors plus la capsule et on luxé la tête. Au niveau du pôle supérieur interne et postérieur dans le voisinage de la fovea capitis, le cartilage se présente surélevé. On note un petit sillon dans le cartilage par lequel on introduit un instrument qui pénètre

dans un plan de clivage en soulevant une zone de 3 centimètres environ du cartilage et une fine lamelle osseuse, parfaitement détachée du fond, laquelle reste adhérente uniquement par ses bords externe et interne qu'on sectionne. La surface qui reste est humide et de couleur rougeâtre. On remet en place la tête fémorale et on ferme la capsule, les muscles, les aponévroses et la peau. On met un plâtre pelvijambier. La pièce, de la grosseur d'une amande, est constituée par du cartilage et une couche osseuse fine sous-jacente de couleur grisâtre.

Suites opératoires : normales.

On ouvre le plâtre le 5 novembre. On prescrit diathermie et massage.

12 novembre, on retire le plâtre. Limitation de la flexion de la hanche. Démarche : normale, pas de claudication, il n'y a que de petites douleurs.

3 décembre. — Départ. Pas de douleurs. Les mouvements sont normaux.

Avril 1933. — Le malade nous écrit qu'il présente quelques douleurs à la hanche, après des exercices prolongés.

Il nous écrit également qu'il n'a pas ressenti de manque de sûreté dans son membre, ni douleurs en forme de crampes qu'il présentait avant l'opération.

OBSERVATION V

(D. Galdau, Journal de Rad. et électroth. n° 31.)

Un jeune homme, T. A..., 26 ans, entre au mois de

juin 1927 dans le service de chirurgie du Professeur Pop avec des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Ces douleurs dateraient depuis quatre ans, elles auraient commencé petit à petit sans aucun traumatisme, sans frisson ni fièvre.

Dans la première année, les douleurs n'ont pas été trop intenses, mais dans les trois dernières années elles seraient devenues insupportables, surtout à l'occasion du travail.

Pendant la nuit, elles seraient moins vives.

A un moment donné, les douleurs auraient atteint un tel degré que le malade a dû garder le lit pendant plusieurs semaines.

Le malade attribue ses douleurs au rude travail qu'il doit accomplir dans une exploitation de bois.

A l'examen clinique, nous trouvons les mouvements actifs et passifs de l'articulation coxo-fémorale intéressée libres, quoique douloureux.

Le grand trochanter et l'os iliaque ne sont pas douloureux à la percussion. La longueur du membre inférieur gauche est la même que du côté droit. Il n'y a pas d'atrophie de muscles de ce membre. A la marche, le malade boite légèrement; pas de fièvre.

B.-W. négatif.

En soupçonnant une coxite spécifique, le chirurgien envoie le malade dans un service de radiologie pour un examen radiologique.

La radiographie montre : la tête fémorale présente une solution de continuité qui délimite un fragment elliptique occupant son pôle supérieur.

La ligne de démarcation est sinueuse et paraît intéresser toute la substance osseuse.

Pas d'autre altération dans le reste de l'articulation et dans l'articulation coxo-fémorale contra-latérale.

Notre diagnostic est : ostéochondrite disséquante de la hanche gauche.

Etant donné la rareté de l'affection et le fait que le malade est membre de l'Association Sociale, donc il a intérêt à exagérer ses plaintes, M. le Professeur Pop se décide pour le traitement conservateur, extension et appareil plâtré pendant six semaines. Ce traitement soulage les douleurs du malade, de manière qu'il quitte l'hôpital sans plus accuser de douleurs. Après cinq semaines, il y revient en accusant les mêmes douleurs qu'auparavant.

Une nouvelle radiographie nous montre le même aspect de l'articulation malade.

M. Pop, pensant que le malade est un simulateur, simule de son côté une opération qui consiste dans une incision superficielle.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade se sent mieux, mais peu de temps après sa sortie, il vient de nouveau nous chercher dans notre laboratoire, accusant les douleurs anciennes.

Une nouvelle radiographie nous montre que l'état de l'articulation est resté le même. Quoiqu'il n'y a pas eu de vérification opératoire, nous croyons que notre diagnostic d'ostéochondrite disséquante est sûr. Le malade a refusé l'opération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions siègent le plus souvent, nous l'avons dit, dans la zone supérieure de la tête fémorale. Au stade du début, un fin tracé sur le cliché annonce la sequestration. Plus tard, au cours d'une période plus avancée, le baillement des zones osseuses s'affirme pour arriver enfin à une phase d'isolement total.

A ce moment, nous aurons l'image d'une lamelle osseuse plus ou moins épaisse, plus ou moins étendue, séparée du reste de la tête fémorale par un large sillon double assez irrégulier.

La séparation se fait plus rapidement dans la profondeur, au niveau de l'os, et souvent après l'arthrotomie il est difficile de voir la zone sequestrée. Parfois, par la simple pression, on peut déceler la zone sequestrée, d'autres fois enfin, le cartilage présente, sans qu'il y ait solution de continuité, un aspect fripé, un aspect de « peau macérée sous un pansement humide » (P. Moulonguet).

Finalement le sequestre est libéré mais il reste maintenu dans la cupule osseuse par le seul contact articulaire. Le sequestre est formé d'une écaille de cartilage vivant, doublé d'une lamelle d'os nécrosé. A sa face profonde une assise de fibro-cartilage néoformé le sépare du reste de la tête. Ce tissu néoformé est vivant.

En ce qui concerne le volume du sequestre, il est très variable, pouvant envahir toute la tête du fémur ne laissant qu'une faible zone.

Nous devons ajouter la présence de différentes autres lésions telles : l'aspect crenelé de l'appui cotyloïdien reposant sur une zone d'hypérostose (P. Moulonguet).

Telles sont les altérations anatomo-pathologiques qu'on note dans l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

SYMPTOMATOLOGIE

On peut distinguer trois phases à l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

Une phase de début, caractérisée par le vague, la lenteur, l'insidiosité des symptômes. Le malade s'inquiète peu et pour faire un diagnostic précis, il faut se baser uniquement sur la radiographie. Il faut avoir « la radiographie facile », conseille P. Moulonguet.

Petit à petit des phénomènes douloureux apparaissent parfois au niveau du genou, d'où souvent erreur de diagnostic à cause de cette gonalgie trompeuse.

Parfois le sujet se plaint de la région inguinale.

Comme nous voyons, les douleurs n'ont aucun caractère précis. Parfois, elles apparaissent après une fatigue, au bout d'une demi-heure ou d'une heure de marche.

La gêne fonctionnelle est précoce et se manifeste en même temps que l'élément douleur. Nous devons noter cependant l'existence de ces formes cliniques

où il y a prédominance d'un de ces deux éléments.

Dans une deuxième phase, période d'état, les douleurs augmentent, obligeant parfois le sujet à se reposer au bout d'une heure ou d'une demi-heure de marche.

La gêne fonctionnelle est d'abord passagère, due à la fatigue, douloureuse plus tard, elle est due aux lésions articulaires, à l'arthrite, à la raideur de la hanche, en plus ou moins bonne position. Les mouvements de la hanche sont limités surtout l'adduction, la rotation externe ou interne, voire même l'extension.

Ajoutons à ce tableau l'atrophie musculaire de la région fessière, pour avoir un aspect exact de l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

C'est à cette période d'état que le malade vient consulter le plus souvent.

L'évolution est très lente durant dix, quinze ans, aboutissant à l'arthrite déformante (phase terminale). La hanche s'enraidit, peut même s'ankyloser et le plus souvent en mauvaise position : adduction et rotation interne ou adduction et rotation externe.

La radiographie reflète ces trois étapes classiques. Il faut la pratiquer précocement, le diagnostic se basant surtout sur elle.

Au début c'est un fin tracé qui annonce la sequestration, plus tard on observe l'image typique plus ou moins étendue d'un sequestre fémoral cerné par un trait à double contour.

Une zone d'ombre capitale est isolée du reste de la tête par un double trait plus ou moins large.

Très souvent, il y a un véritable bâillement entre la zone nécrosée et le reliquat de la tête fémorale, d'autres fois, la sequestration est établie par l'existence du sillon à double contour, mais l'écart des fragments est nul.

Quant à la grosseur de l'ombre, elle peut varier de la grosseur d'une lentille jusqu'à l'amputation complète de la tête.

Au niveau du cotyle, on note un aspect dentelé, crénelé du sourcil.

Plus tard, à ces lésions de l'ostéochondrite disséquante, s'associent les images de l'arthrite chronique déformante de la hanche.

A ce stade, le sequestre est difficilement reconnaissable.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel doit se poser surtout à la période de début et à la période terminale.

Cliniquement, on pose le diagnostic d'arthrite chronique; par la radiologie on en lit la variété.

I. — Il faut écarter tout d'abord la maladie de Calvé, Legg, Perthes, ou coxa-plana ou ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur.

La dénomination « ostéochondrite juvénile de la hanche » nous paraît fâcheuse à cause de la confusion de nom avec l'ostéochondrite disséquante.

La maladie de Calvé, Legg, Perthes est une affection complètement différente.

Il s'agit de sujets plus jeunes, 5-13 ans.

Comme dans l'ostéochondrite disséquante, on ne trouve pas de ganglions inguino-iliaques. La symptomatologie est à peu près identique. Cependant, la radiographie montre des lésions très différentes. La tête

fémorale est aplatie en forme calotte. Le noyau épiphysaire est souvent fragmenté en deux ou trois noyaux inégaux. Il existe des lésions du cartilage épiphysaire qui est irrégulier, dentelé à limites floues. Le col fémoral est en coxa-vara; l'interligne articulaire plus agrandi, le cotyle lui-même est souvent atteint.

En résumé, l'articulation toute entière est malade, ce qui n'est pas en général le cas dans l'ostéochondrite disséquante qui frappe une articulation saine au début.

L'évolution de la maladie de Calvé, Legg, Perthes est différente; elle se fait vers la guérison par la simple immobilisation extension continue, ou un plâtre.

L'ostéochondrite disséquante de la hanche évolue au contraire, le plus souvent, vers l'ankylose si l'intervention chirurgicale n'est pas pratiquée à temps.

II. — Le diagnostic auquel on est tenté de croire le plus souvent est celui de coxalgie, mais on l'éliminera bien vite par l'examen clinique et radiologique. Cliniquement, c'est une arthrite de la hanche, donnant quelquefois le tableau clinique complet de la coxalgie.

Cependant, il y a manque d'adénopathie inguino-iliaque. La radiographie seule tranche la difficulté, on n'y trouve pas les signes habituels bien connus de l'arthrite tuberculeuse.

III. — La diagnostic le plus difficile sera celui des arthrites sèches, d'autant plus que l'ostéochondrite disséquante de la hanche se complique assez rapidement d'arthrite sèche.

Là encore, le diagnostic sera écarté par la radiographie qui montre dans l'arthrite sèche des déforma-

fions osseuses très importantes, la formation d'ostéophytes et enfin des lésions multiples portant sur le reste du squelette : décalcification, bec de perroquet, etc., etc...

IV. — Osselets cotyloïdiens surnuméraires (Mauclair, Mouchet, Røederer).

Mais ils font partie du cotyle et l'image fémorale est intacte, éliminant de cette façon l'ostéochondrite disséquante de la hanche.

ETIOLOGIE

L'étiologie et le mécanisme de la production de cette affection ne sont pas encore très connus.

De multiples théories ont été envisagées, mais aucune ne paraît satisfaisante.

Nous essaierons de voir quelles sont ces théories :

1° Théorie traumatique (Barth Burckardt, Kappis, Fisher).

On pourrait incriminer plutôt les micro-traumatismes d'ordre professionnel, par exemple chez les cultivateurs, dont le nombre est grand dans les observations.

2° La tuberculose, mais ni les examens histologiques ni les inoculations ne sont en faveur de cette origine.

3° Une malformation congénitale ou acquise de la tête ou du cotyle.

4° La blennorrhagie. A. Mouchet a envisagé cette hypothèse.

5° La syphilis.

Galdau rapporte une ostéochondrite disséquante du genou chez un tabétique, et Lecène deux cas analogues au genou, l'un chez un hérédosyphilitique, l'autre chez un tabétique.

Nous pensons qu'il s'agit plutôt d'une coexistence de deux affections.

6° Certains (Lehmann de Hanovre, Kahn de Breslau) font de l'ostéochondrite disséquante une affection constitutionnelle chez des sujets qui ont une hyperexcitabilité particulière, à déterminer, par son déclenchement, une nécrose osseuse sous-chondrale.

7° Thorie inflammatoire (Kœnig).

Nous voyons donc l'abondance des hypothèses envisagées par différents auteurs, pour expliquer l'étiologie de l'ostéochondrite disséquante de la hanche, mais aucun ne se base sur des facteurs importants pour défendre avec succès son point de vue.

TRAITEMENT

Il est presque toujours, à l'heure actuelle, un traitement tardif. Il est uniquement chirurgical, mais deux méthodes s'affrontent.

Les uns sont partisans d'ablation simple du sequestre par arthrotomie, les autres préconisent une résection capitale.

1° Résection étendue de la tête (opération de Whitmann).

La voie externe est préférable. La section temporaire du grand trochanter donne une large vue sur le col.

Résection.

Appui du moignon cervical dans la cavité cotyloïde.

Fixation du trochanter, plâtre pelvi-cervico-jambier pendant 4 à 5 semaines.

2° Ablation du fragment par arthrotomie.

On peut pratiquer cette opération soit par incision verticale de Hueter, soit par l'incision de Smith-Petersen qui donne plus de jour.

Arrivé sur l'articulation, on incise la capsule et le ligament de Bertin, on luxe la tête fémorale par une rotation externe, la cuisse étant en extension.

On coupe le ligament rond; on détache le fragment de la tête fémorale comme « le couvercle d'une boîte de conserves », suivant l'expression de M. P. Moulonguet, on curette la perte de substance fémorale de façon à avoir une surface articulaire aussi lisse que régulière que possible et on réintègre la tête dans le cotyle.

On suture la capsule, les plans superficiels.

On immobilise la hanche pendant deux ou trois semaines dans un plâtre pelvi-cervico-jambier.

Il ne faut pas être trop exclusif et partisan de l'une ou de l'autre technique. Il est préférable de s'adapter aux circonstances et pratiquer l'arthrotomie dans une sequestration peu étendue et résection capitale dans les lésions massives.

CONCLUSIONS

1° L'ostéochondrite disséquante de la hanche est une affection rare, caractérisée par la formation d'un sequestre aseptique, non suivi de migration, aux dépens de la tête fémorale.

2° Son évolution se fait en trois phases : période de début, de latence où le diagnostic est, de plus, difficile; période d'état, où les signes se précisent, et la phase terminale où tout est confondu dans l'arthrite chronique déformante.

3° L'ostéochondrite disséquante de la hanche doit être recherchée systématiquement en présence d'une arthrite chronique de cette articulation, parce qu'une thérapeutique convenable et précoce pourra éviter la destruction fémorale et l'ankylose.

4° Le traitement est chirurgical et on peut distinguer deux méthodes :

a) arthrotomie;

b) résection capitale.

Il faut s'adapter aux circonstances et adopter l'une ou l'autre de ces méthodes suivant l'étendue de la lésion.

Vu : *le Président de la thèse,*

Cunéo.

Vu : *le Doyen,*

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGMANN (E.). — Osteoch. dissec. der Hüftgehnkes
(*Deuts. Zeit. für chir.*, tome 217).
- CHRISTMANN (F.) et D'AMELIO (F.). — Osteoch. dissec.
de Koenig (*Rev. orthop.*, y tomma Abril 1933).
- FRANCON (François). — L'osteoch dissec. de la hanche
(*Revue du Rhumatisme*, nov. 1935).
- FRANCILLON. — Recherches ischiométriques dans l'os-
teo, dissec. de la hanche (*Zütsh. f. orthop. chir.*,
30 septembre 1932), t. 57.
- GALDAU (D.). — Osteoch. dissec. (*Journal de radiol. et
électrot.*, 1931), p. 567.
- GOLD (E.). — Uber der Vorkomme, und der klinische
Bild der disseziereudem Osteo (*Hüftg. Deutsche
Zeitsch. f. chir.*, 1930), tome 225.
- GUNSETT, SICHEL et LEWIN. — Quelques cas d'ostéo
dissec. de la hanche (*Bull. et Mem. de la Soc. de
Radiol. Med. de France*, oct. 1935).
- HAENISCH. — Zentrabl. f. Chir., 1925, p. 999.
- LANGE. — Osteoch. dissec. de la hanche bilatérale.
(*Zeitsch. f. orthop. chir.*, 28 mars 1929), t. 51.

- LENORMANT. — Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir., t. 58.
MAGNIN (R.). — L'ostéoch. dissec. de la hanche, thèse
Paris, 1931.
MOUCHET (A.). — Ostéoch. dissec. de la hanche (maladie
de Kœnig) (*Presse Med.*, 21 sept, 1935).
MOULONGUET (P.). — Ostéoch. dissec. de la hanche
(maladie de Kœnig de la tête fémorale) (*Bull. et
Mem. Soc. Nat. Chir.*, N° 31, 1932).
MOULONGUET (P.). — L'évolution post-opératoire d'une
ostéo-dissec. de la hanche (*Soc. Nat. de Chir.*,
N° 9, 1934).
VALLS (J.) et OTTOLENGHI (C.). — Osteoch. dissec. de
la hanche (*Rev. orthop. y traumat.* avril 1933).

